AUS DEM NEUROLOGISCHEN AMBULATORIUM der ALLGEMEINEN
UNIVERSITÆTS-POLIKLINIK . BASEL
VORST.: PROF. Dr. R. BING.

Ueber einen Fall von transitorischer heilbarer Hypophyseninsuffizienz.

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der
Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

Vorgelegt von
HIRSZ GREGOR KOWIENSKI
aus Wilno (Polen)

Imprimerie A. KNECHT — Mulhouse 1933

AUS DEM NEUROLOGISCHEN AMBULATORIUM der ALLGEMEINEN UNIVERSITÆTS-POLIKLINIK . BASEL
VORST.: PROF. Dr. R. BING.

Ueber einen Fall von transitorischer heilbarer Hypophyseninsuffizienz.

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der
Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

Vorgelegt von
HIRSZ GREGOR KOWIENSKI
aus Wilno (Polen)

Imprimerie A. KNECHT — Mulhouse 1933

Von der medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag von Professor Dr. R. BING

Tag der Promotion: 27. Juni 1930

In tiefster Verehrung
Frau M. Dreyfus-Brodski
gewidmet.

Ueber einen Fall von transitorischer heilbarer Hypophyseninsuffizienz.

Die grosse klinische Bedeutung, die die innersekretorischen Organe in den letzten Jahrzehnten für die Erkennung gewisser Krankheiten gewonnen haben, brachte es dazu, dass man immer eifriger nicht nur die Symptomatologie der bisher bekannten Blutdrüsenkrankheiten vertieft und ausgebaut, sondern teils schon bekannte und wenig beachtete, teils neue Krankheitssyndrome auf die Störung der inneren Sekretion zurückzuführen gesucht hat.

Die klinische Erfahrung lehrt uns, dass die Lokalisation eines Krankheitsprozesses in einer oder mehreren innersekretorischen Drüsen, meistens mit einer Funktionsalteration verbunden ist. Die charakteristischen Ausfallserscheinungen bei Erkrankungen der Hypophyse sind seit langem bekannt. Seit PIERRE MARIE 1806, die Akromegalie als eine Erkrankung der Hypophyse erkannt hatte, wurde das Interesse für diese Drüse wach. Mehrere Krankheitsbilder wurden klinisch und experimentell als Folge der Hypophysenschädigung aufgefasst und begründet.

Die Hypophyse ist eine Drüse von etwa einem halben Gramm Gewicht und ist im Türkensattel gelegen. Sie besteht aus :

a) der Neurohypophyse die durch das Infundibulum mit dem Gehirn in Verbindung steht.

b) Aus dem drüsigen Vorderlappen (Prähypophyse oder glanduläre Hypophyse).

c) Aus der Pars intermedia, welche der vordern Wand der Pars nervosa anliegt und sie nach unten umgreift.

d) Aus der Pars tuberalis, welche den Hypophysenstiel umschneidet und sich bis zu Chiasma nach oben und hinten bis zu den Corpora mammillaria erstreckt.

Vom III. Ventrikel dringt ein sich verschmälernder Spalt, Recessus infundibuli, tief in den Hypophysenstiel ein, welch letzterer nach vorne an das Chiasma grenzt. Vorderlappen und Pars intermedia liegen daher völlig innerhalb der Sella turcica, während der Hypophysenstiel mit einem Teil der Pars tuberalis im Sella-Eingang liegt. Durch das Foramen sellae turcicae senkt sich die Dura ein und umkleidet die ganze Hypophyse. **Biedl, Paulesco und Cushing** haben nach Entfernung der Hypophyse bei erwachsenen wie bei jungen noch wachsenden Tieren, den Tod in kürzester Zeit auftreten sehen. Nach **Cushing** wäre der Vorderlappen der lebenswichtige Anteil der Hypophyse, dessen vollkommene Entfernung unbedingt vom Tode, dessen partielle Entfernung von Störungen im Wachstum, im Fettstoffwechsel und in der Tätigkeit des Sexual-Apparates gefolgt wird. Demzufolge wäre die Hypophyse für die Erhaltung des Lebens ein unerlässlich notwendiges Organ. **Biedl** betrachtet nur den Vorderlappen und die Pars intermedia als innersekretorische Anteile. Sie allein sollen in chemischer Korrelation mit anderen innersekretorischen Organen stehen. Eine der wichtigsten Funktionen der Hypophyse ist der beim jugendlichen Organismus ausgeübte Einfluss auf das Wachstum. Als Gegenwirkung betrachten wir die wachstumshemmende Tätigkeit der Hoden bezw. der Ovarien. Es ist daher auch verständlich, dass mit der Pubertät auch das Wachstum aufhört. Von Interesse sind die Veränderungen der Hypophyse in der Schwangerschaft. Die Untersuchungen von **Erdheim** und **Stumme** haben erwiesen, dass die Hypophyse während der Schwangerschaft hypertrophiert und dass im Vorderlappen massenhaft eine neue Zellart entsteht, die sogenannten Schwangerschaftszellen. Nach der Geburt tritt eine Involution der Schwangerschaftszellen ein. Es besteht ein inniger funktioneller Konnex zwischen der Hypophyse und anderen innersekretorischen Organen. Nach Thyreoidektomie, und ebenso nach Destruktionen der menschlichen Schilddrüse, wird eine Vergrösserung und Gewichtszunahme der Hypophyse beobachtet. Die Vergrösserung der Hypophyse nach Kastration ist bei den meisten Tieren und bei Menschen beobachtet worden **(Rössle)**.

Durch die Entfernung einer Nebenniere wird eine Zunahme des Vorderlappens der Hypophyse beobachtet. Die Frage der Beziehungen der Hypophyse zum Stoffwechsel, zur Diurese und zum Wärmehaushalt ist teils geklärt, grösstensteils aber noch in Diskussion. Es ist ohne weiteres verständlich, dass wegen der innigen, komplizierten Zusammenflechtung der Hypophysenteile untereinander, mit den Funktionen des vegetativen Nervensystems und den Funktionen der andern innersekretorischen Organe, der Kausal-Nexus gewisser Erkrankungen nicht immer klar dargestellt werden kann, da die Funktionsstörungen des einen Organs auch mit Veränderungen im Gebiete der übrigen innersekretorischen Organe verknüpft sind. Es ist auch deswegen zweckmässig, als Ausgangspunkt der Betrachtung einer innersekretorischen Erkrankung die Funktionsstörungen eines Organs zu nehmen und, auf Grund dessen, das primär erkrankte zu suchen.

Wir nehmen zur weiteren Betrachtung der Hypophysenerkrankungen das Schema von **Peritz**:

I Vorderlappen.
- a) Ueberfunktion: Gigantismus, Akromegalie.
- b) Unterfunktion: Zwergwuchs.

II Hinterlappen plus Pars intermedia.
- a) Ueberfunktion: Hypophysaere Adipositas.
- b) Unterfunktion: Diabetes insipidus ?

III Mischformen:
- a) Ueberfunktion des Vorderlappens mit Verminderung der Funktion des Hinterlappens - ist gleich - Akromegalie + hypophysaere Adipositas.
- b) Unterfunktion der gesamten Hypophyse: Zwergwuchs mit Hypophysaerer Adipositas.

VI Kombinationen mit anderen Drüsen.
- a) Keimdrüse + Hypophyse: Eunuchoidismus.
- b) Erkrankungen aller Blutdrüsen:
  1. Pluriglanduläres Syndrom von **Claude & Gougerot.**
  2. Multiple Sklerose der endokrinen Drüsen nach **Falta.**
  3. Partieller Gigantismus.

Der wirksame Inkret ist nicht einzig, oder mindestens in der Hauptsache, ein Produkt des Hinterlappens, sondern stammt nach neuesten Forschungen wahrscheinlich aus der Pars intermedia. Die chemische Darstellung des wirksamen Prinzips ist bisher nicht geglückt. Wir können also als Masstab für dessen Wirksamkeit den pharmakodynamischen Effekt nehmen. Der Gesamt-Extrakt hat Einfluss auf den Kreislauf, die Atmung, die glatte Muskulatur, den Stoffwechsel und die Nierensekretion. In dem grossen Gebiete der Blutdrüsen - Störungen begegnen wir sehr oft Symptomenkomplexen, die ohne einer Organveränderung zu entsprechen zu einer generalisierten Schädigung der innersekretorischen Korrelation führen. Es wurde versucht, diese Krankheitsbilder zu isolieren und einer bestimmten innersekretorischen Aetiologie unterzuordnen. So sind die hypothyreoiden Störungen bekannt, die durch vasomotorische Erregung, Tachycardie, Tremor und erhöhten Grundumsatz charakterisiert sind. Es sei ferner auf die "hypotonische Ermüdungsneurose" (**Kugler**) der Nebenniereninsuffizienz, und auf die Depressions-Neurose der Klimax hingewiesen.

Fliess beschrieb 1917 einen Symptomenkomplex, den er auf die Hypofunktion des Vorderlappens der Hypophyse zurückführt. **Kugler** weist darauf hin, dass es noch nicht angezeigt ist von Vorderlappen-Insuffizienz zu sprechen, wohl aber «von dem ganzen Komplex der Pars intermedia, des Hinterlappens und des Ventrikelbodens, wie er in heute noch nicht trennbarer Weise für die übrigen hypophysaeren Ausfallserscheinungen verantwortlich zu machen ist.» Im Zusammenhang mit einem Fall von Hypophysenschwäche der in dem Nervenambulatorium der medizinischen Poliklinik Basel zur Beobachtung kam, habe ich die Fälle der Hypophysenschwäche, die in der Literatur vorhanden sind, gesammelt.

Fliess betont im Wesentlichen fünf Symptome der Hypophysenschwäche:

I allgemeine Mattigkeit, die meist durch Schwächeanfälle verstärkt wird.

II Mangelnde Fähigkeit geistiger Konzentration.

III Polyurie, zuweilen mit Enuresis.

IV Neuralgische Hinterkopfschmerzen, die typisch an der Ansatzstelle der Nackenstrecker lokalisiert sind.

V Diese Schmerzen sind nicht selten mit Kreuzschmerzen und wahrer Ischias kombiniert. Menstruationsstörungen, besonders Menorrhagien kommen häufig vor.

Dieses Krankheitbild soll bei Frauen viel häufiger vorkommen, als bei Männern. Ich bringe hier einige Fälle von **Fliess:**

Fall I.

Ein junges Mädchen hat hartnäckige Ischiasbeschwerden. Die Ischias, die wesentlich die rechte Seite betraf, war ein halbes Jahr zuvor bei einer fieberhaften Erkrankung entstanden, die mit Herpes labialis einherging und ohne deutlich erkennbaren Lokalbefund verlief. Alle angewandten schmerzstillenden Mittel, die gesamte übliche Therapie, Wärme, Ruhe, intraneurale Injektionen hatten sich als vergeblich erwiesen. Bei der Patientin fiel die ungewöhnliche Entwicklung der Brüste auf, die zur Statur nicht passte, und die als Begleiterscheinung mancher ovarieller Störungen auftreten konnten. Die Menses seien sehr frühzeitig eingetreten, sporadisch schon im achten Lebensjahre, sie seien durch einen periodischen Ausfluss ersetzt gewesen, und als sie sich im elften Lebensjahre, fixierten, seien sie durch ihre lange Dauer, mindestens eine Woche, und durch die Stärke der Blutung auffällig geworden. Durch diese Angaben wurde der Verdacht einer ovariellen Störung bestärkt. Die lokale Untersuchung ergab in der Tat das Vorhandensein einer rechtsseitigen Ovariencyste, die sich zerdrücken liess. Nach dem Zerdrücken trat eine augenscheinliche Erleichterung der ischiadischen Schmerzen auf. Aber da die Besserung nicht anhielt, wurde ein halbes Jahr später, im Herbst 1915, die Operation vorgenommen. Die Cyste des rechten Eierstockes, die sich wieder gefüllt hatte, wurde entfernt. Die im linken Ovar befindlichen multiplen kleinen Cysten wurden gestichelt. Die grosse Erleichterung, die einige Tage später eintrat, hielt zwei Monate an. Dann kam, zugleich mit den Menses, das Rezidiv.

Fliess versucht den Fall mit einer Störung der innersekretorischen Tätigkeit zu erklären. Wie vorhin betont wurde, ist die Hypophyse eine Wachstumsdrüse par excellence; das Pubertätswachstum wird durch die Hypophyse reguliert. In dem vorliegenden Falle war das charakteristische Längenwachstum zurückgeblieben. Die Symptome einer gesteigerten Tätigkeit der Eierstöcke, der Drüse die in so nahen Wechselbeziehungen mit der Hypophyse steht, und das ausgebliebene Pubertätswachstum "das physiologische Urbild der Akromegalie" liessen eine Hypofunktion der Hypophyse bezw. des Vorderlappens annehmen.

Aus diesen Erwägungen heraus wurde der Patientin Hypophysensubstanz per os zugeführt, mit dem Resultat, dass die Ischiasbeschwerden nach dreimonatiger Zuführung schwanden. Ein Recidiv ist fünfviertel Jahre nicht aufgetreten.

Ob der Fall auch weiterhin verfolgt wurde, gibt **Fliess** nicht an. Wie in der Einführung zu dieser Arbeit erwähnt wurde, haben **Erdheim, Stumme** und andere die Hypertrophie der Hypophyse bei der Schwangerschaft und das Auftreten der sogenannten "Schwangerschaftszellen" sicher gestellt. Es wurde im Sinne einer Funktionssteigerung gedeutet. Einer gesteigerten Funktion einer Drüse kann aber als Schlusseffekt eine Hypofunktion folgen. Und so führt **Fliess** manche "Erschöpfungsneurose" nach der Gravidität auf eine Insuffizienz der Hypophyse zurück. In den folgenden Fällen wird diese Annahme von **Fliess** illustriert.

Fall II.

Die Mutter der Patientin vom Fall I war früher eine frische tatkräftige Frau gewesen, die sechs mal geboren hat. Aber im Wochenbett nach der Geburt dieser Tochter hat eine Mattigkeit angefangen, und zwar kam sie zunächst in Anfällen, zweimal des Tages. Die Frau wachte des Morgens frisch auf. Eine Stunde später überfiel es sie, " wie vergiftet". Die Arme und besonders die Beine waren bleischwer, die Augen konnte sie kaum aufhalten, die Gedanken wollten sich nicht konzentrieren. Dann begannen auch Schmerzen im Kreuze bei jedem

Schritte und ein bohrender Schmerz im Hinterhaupte, der am lateralen Teile der Linea semicircularis inferior an der Insertionsstellen der Nackenstrecker am heftigsten war. Diese Erscheinungen schwankten im Laufe der Jahre in ihrer Intensität.

Fall III.

Frau F. hatte im März 1915 ganz vorübergehend Harnzucker, der dann dauernd verschwand. Im Oktober wurde sie schwanger und am 10. Juli 1916 gebar sie. Das Wochenbett war gut. Nach etwa 7 Wochen, am 24. August früh, erfolgte ein plötzlicher Zusammenbruch. Mit Gafühl völliger Hinfälligkeit paarte sich enormer Durst, die Kranke musste täglich 8 — 10 Liter Flüssigkeit zu sich nehmen. Auch die Harnflut steigerte sich Entsprechend. Das ging 6 Tage so. Am 30. August wurde es ihr besser, es trat deutlicher Nachlass des Durstes ein, auch die Schwäche verminderte sich. Die Patientin deren Urin übrigens in dieser ganzen Zeit zuckerfrei war, blieb dennoch bettlägerig. Es entwickelte sich nach der Meinung des behandelnden Arztes eine Wochenbettpsychose. Frau F. wurde von Angst geplagt, sie glaubte die linke Gesichtshälfte sei höher als die rechte und sie sehe mit dem linken Auge alle Gegenstände grösser. Daneben bestand eine Beugecontractur im rechten Kniegelenke. Das Bein war ziemlich schmerzhaft. Die Hauptschmerzen scheinen im Ischiadicusgebiet lokalisiert gewesen zu sein. Die Patientin gibt im Oktober an, dass sie mehrmals am Tage von völliger Erschöpfung überfallen wurde, dabei verschlimmerten sich regelmässig ihre Hinterhauptschmerzen und die Schmerzen am rechten Bein. Diese Trias der anfallsweisen Erschöpfungen, des Hinterhauptwehs und der Beinschmerzen liessen an Hypophysenmangel denken, und als drei Tage lang je 5 Tabletten von je 0,3 Hypophysis verabreicht wurden, schwanden die Symptome. Es kamen noch einzelne Rezidive vor, so am 19. Oktober wo die Menses erschienen, wo Polydipsie und Polyurie in allerdings milder Form bemerkbar wurden und wo auch die seelische Stimmung an die Anfangszeit der Krankheit erinnerte. Die

Beschwerden schwanden unter dem Gebrauch der Hypophysis. Leichte dysmenorrhoische Schmerzen wurden nach positiven Cocainversuchen durch nasale Therapie beseitigt. Der Fall wurde ein halbes Jahr beobachtet.

Bemerkenswert ist, dass die Erscheinungen der Polydipsie und der zuckerfreien Polyurie also das klinische Bild des Diabetes insipius nach der Schwangerschaft aufgetreten sind. **Van den Velden** zeigte zuerst, dass durch Injektionen des Hypophysins Hemmung der Diurese und Beseitigung des Durstes hervorgerufen werden kann. **E. Frank** begründete eine Theorie der hypophysaeren Aetiologie des Diabetes insipidus, indem er Anfangs eine Ueberfunktion, später eine Unterfunktion der Drüse annahm. **Camus** und **Roussy** lieferten den Nachweis, dass die nach Hypophysenentfernung häufig auftretende Polyurie, nicht durch den Mangel der Drüse selbst, vielmehr durch gleichzeitige Verletzung von Zwischenhirnbahnen hervorgerufen wird. Fasst man nach **E. Meyer** die zur Zeit gewonnenen experimentellen Ergebnisse zusammen, so lässt sich sagen: "dass von zahlreichen Stellen des Centralnervensystems aus, hauptsächlich von denen, in welchen vagosympathische Bahnen nachgewiesen sind, Polyurie ausgelöst werden kann, sowie dass die Hypophyse den Wasserhaushalt jedenfalls mitreguliert, indem sie vielleicht die Erregbarkeit der letztgenannten Bahnen beeinflusst. Ob die Hormonwirkung sowie auch die Nervenwirkung ihren Angriffspunkt ausschliesslich extrarenal oder zum Teil auch renal findet, ist noch nicht völlig geklärt. Sicher ist nur, dass die Injektionen des Hypophysenextraktes die Wasserbewegung in erster Linie beeinflusst, und dass die Hemmung der Diurese hauptsächlich ein sekundärer Vorgang ist".

Bei gewissen Schilddrüsenanomalien will **Fliess** eine deutliche Hypophysenschwäche beobachtet haben.

Fall IV.

Frau P. stammt aus einer Familie, deren sämtliche Mitglieder an Schilddrüsenkorpulenz leiden. Sowohl die Mutter, die schon verstorben ist, als dreie von ihren Töchtern haben

den exquisiten Schilddrüseninsuffizienztypus, die schweisslose, weisse, seidige Haut, die Neigung zur Fettsucht, die chronischen Obstipationen, und das beständige Frieren. Die vierte der Schwestern hatte einen Basedowkropf, der mit gutem Ergebnisse operiert wurde. Unsere Patientin litt ausserdem auch unter Kopfschmerzen, die ihr fast das Dasein vergällten. Zur Zeit der Menses waren sie unerträglich, stets von mehrtägiger bis einwöchiger Dauer. Daneben war Sie immer müde und hinfällig. Die Verstärkung der Müdigkeit kam anfallsweise. Der Patientin wurden Hypophysistabletten gegeben (drei Tabletten täglich) und zwar 10 Tage vor dem Mensestermin, wo die Kopfschmerzen sich gewöhnlich zu steigen begannen, und fortgesetzt bis zum Ende der menstruellen Blutung. Die Therapie hat eingeschlagen. Die Beobachtung erstreckt sich auf etwa $^3/_4$ Jahre nach Beendung der Kur. Die Patientin wurde während der Kur dünner. Es scheint bei ihr mindestens zum Teil um hypophysaere Fettsucht sich gehandelt zu haben.

Als "Neurosis hypophysaria deconcentrationis bezeichnet **Kugler** das Sympton der versagenden Konzentration, das wir so oft bei Hypophyseninsuffizienz antreffen. Es sei nach **Kugler** gleichgültig, auf welche Art die Unterfunktion zustande kommt, ob durch Tumor, Trauma, Tuberkulose, Syphilis oder durch benachbarte Entzündungsprozesse der Keilbeinhöhle **(Gitelli)** oder durch grippösenzephalitische Prozesse. Die Pituglandoltherapie sei sehr erfolgreich gewesen. Ich bringe hier drei Kugler'schen Fälle:

Fall I.

K. P. 24 jähriger Lehrer. Sexuelle Frühreife, mit 5 Jahren Geschlechtsverkehr. Zuerst normale geistige und körperliche Entwicklung. Mit 25 Jahren plötzlich einsetzende Alopezie des Kopfes, der Achselhöhlen der Pubes. Augenstörungen im Sinne einer starken Lichtempfindlichkeit. Zunehmender Fettansatz im hypophysaeren Typus. Gesteigerte Libido und immer noch gut entwickelte Testes. Seit einem halben Jahre Glykosurie bis 4%. Neigung zu Depressionen, und mit den Jahren zuneh-

mend, eine ganz eigenartige Unfähigkeit, sich geistig zu konzentrieren, so dass ihm an manchen Tagen das Verfolgen eines Gespräches oder auch nur das Lesen einer Buchseite ganz unmöglich ist.

Fall II.

Frau R. K. Seit vielen Jahren Fettsucht im ausgesprochenen hypophysären Typus, keine hypogenitalen Erscheinungen. Seit Grippe vor 2 Jahren schwere psychasthenische Erscheinungen, in deren Verlauf das Gefühl der Leistungsunfähigkeit, oft gesteigert bis zur Ohnmacht, vor allem aber wieder das mangelnde Konzentrationsvermögen besonders hervortreten. Gerade in der Zeit, als im Vorjahre diese neurotischen Erscheinungen besonders stark hervortraten, beobachtete die Patientin eigentümliche Veränderungen an den Achsel- & Schamhaaren, die von starkem Ausfall derselben gefolgt waren.

Fall III.

Dr. jur. S. 28 Jahre alt, vor neun Jahren Syphilis, seither nach energischer Behandlung Wassermann auch im Liquor stets negativ. Während der ersten Erkrankungszeit retronasale Beschwerden, später nur leichte nervöse Störungen, in den letzten Monaten auch Parästhesien in den rechten Extremitäten. Besonders aber tritt mehr und mehr ein Versagen der Konzentrationsfähigkeit auf, dass ihn völlig berufsuntauglich macht. Er ist nicht mehr im stande auch nur eine Zeile eines Briefes zu lesen. Quecksilberbehandlung bringt nur leichte Besserung, Mirion eher Verschlimmerung, hingegen wirkt Pituglandol mit einer zuerst nur ein bis zwei Tage anhaltenden, dann sich immer verlängerten Behebung der Konzentrationshemmung.

In den hier angeführten **Kugler**'schen Fällen ist mit grösster Wahrscheinlichkeit eine organische Aetiologie anzunehmen, während die **Flies**'schen Fälle als idiopathische zu bezeichnen sind.

Der Basler Fall,

Frau X.Y. geboren 1896. Anamnese ohne Belang bis 1924, abgesehen von vielerlei Aufregungen. 1924 schwere Geburt. Im Anschluss daran nimmt sie unaufhaltsam an Gewicht zu- von

55 Kg. auf 70 Kg. bei kleiner Statur (1.62 m.) obwohl sie (von sich aus) Thyreoidintabletten gebraucht und sehr wenig isst. Weihnachten 1927 Diphtherie. Ende Januar 1928 konsultiert sie wegen der starken Gewichtszunahme und sexueller Frigidität; ausserdem klagt sie über heftigen Durst und Brüchigwerden der Fingernägel sowie Schlafsucht. Die Urinmengen sind infolge der Polydipsie sehr gross- 4 Liter, aber auch bei Flüssigkeitsentzug bleibt das spezifische Gewicht des Urins zwischen 1005 & 1008. Das Röntgenbild der Sella turcica zeigt, das die Processus clinoidei anteriores und die Sattellehne gut erhalten sind. Die Begrenzung der Sella Turcica ist überall scharf. Diese Sella-Excavation erscheint im ganzen etwas vergrössert. Das Mass des anterio-posterioren Durchmessers überschreitet nicht das Durchnittsmass bei Erwachsenen, jedoch ist der Tiefendurchmesser etwas grösser als der Durchnittswert. Zwei Röntgenologen erklären übereinstimmend, dass von einer pathologischen Vergrösserung nicht gesprochen werden könne. Sehschärfe, Augenhintergrund, Augenmotilität, Pupillenreflexe und Gesichtsfeld o.B. Wassermann negativ. Menstruation retardiert, bis zu zwei Monaten. Gesicht leicht gedunsen. Allgemeine Reflexsteigerung, Lidflattern kolossaler Dermographismus. Sonst Status O.B.

Therapie:

Eine Injektion Hypophysin (Choay) coupiert den Durst für 4 Tage. Daraufhin bekommt die Patientin per os 3 mal täglich 0,1 Hypophysin plus 3 mal 0,1 Ovarialsubstanz. Die Brüchigkeit der Nägel bildet sich zurück, die sexuelle Kälte macht allmählich normalen Verhalten Platz. Die Polydipsie und Polyurie besteht noch bis Ende Mai 1928, die gedunsene Beschaffenheit des Gesichts und die Schläfrigkeit verschwinden im Laufe des Sommers 1928, auch tritt allmählich eine Gewichtsabnahme von rund 5 Kg. ein. Die Patientin fühlt sich jetzt gesund obwohl sie die Organpräparate immer unregelmässiger nimmt. Im Frühjahr 1929 erleidet sie eine schwere Aufregung (Untreue des Ehemannes) sofort setzen schlagartig Polydipsie und Polyurie wieder ein und mit dem ist die Patientin genötigt,

um beschwerdefrei zu bleiben, nicht nur die combinierte Hypophysentherapie per os fortzusetzen, sondern sich von Zeit zu Zeit eine Injektion Hypophysin lob. post. machen zu lassen Ophthalmologische und röntgenologischer Befund wurde regelmässig kontrolliert und zeigte ein ganz stabiles Bild.

Beim Betrachten des Basler Falles sehen wir, dass die Beschwerden der Patientin, hauptsächlich die Gewichtszunahme und die sexuelle Frigidität im Anschluss an eine schwere Geburt auftraten. Unmittelbar darauf entwickelte das charakteristische klinische Bild der zuckerfreien Polyurie. Es liegen hier die analogen Verhältnisse vor, wie in den **Flies'schen Fällen** (Fall 2, hauptsächlich Fall 3). Die sexuelle Frigidität ist wohl in unserem Falle auf die Hypophysenschwäche zurückzuführen. Das Symptom der Brüchigkeit der Fingernägel, das wir oft bei Myxödem und anderen innersekretorischen Erkrankungen antreffen, ist in unserm Fall nicht mit Sicherheit der Hypophysenstörung zuzuschreiben.

Zusammenfassung.

1) Der Basler Fall, dessen Symptome, Verlauf und günstiger Erfolg bei der Hypophysentherapie so charakteristisch waren, ist damit zu der zuerst von **Flies** 1917 beschriebenen, heilbaren Hypophysenschwäche, zu rechnen.
2) Wir können unsern Fall und die **Flies'**schen Fälle zu den idiopathischen Fällen der Hypophysenschwäche rechnen; die **Kugler'**schen dagegen als grob organische betrachten.
3) Die Mannigfaltigkeit der Symptome der hier anfgeführten Fälle, das gleichzeitige Vorhandensein von Hyper- und Hypofunktionserscheinungen der verschiedenen Hypophysenteile, berechtigt uns zur Annahme einer diffusen Hypophysenschädigung im Sinne einer Disfunktion der letzteren.
4) Der Verlauf der Erkrankungen und das Einschlagen der Hypophysentherapie mit vollständigen Schwinden der Beschwerden ist Beweis für den transitorischen und heilbaren Charakter der Hypophysenschwäche.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. **Robert Bing** für die Ueberlassung des Themas und die Hilfe während der Arbeit meinen innigsten Dank auszusprechen.

LITERATUR

1) HERZFELD, Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Zeitschrift für ärtztliche Vortbildung 1924 No. 2

2) FLIESS, Medizinische Klinik 1917 No. 10

3) FLIESS, Wiener klinische Wochenschrift 1924 Seite 1191

4) M. MEYER. Diabetes Insipidus, im Mohr, Stehelin's Handbuch der inneren Medizin.

5) KUGLER, Wiener klinische Wochenschrift 1924. Neurosis hypophysaria deconcentrationis.

6) W. FALTA, Die Erkrankungen der Blutdrüsen, aus Mohr, Staehelin's Handbuch der innern Medizin, Auflage 1927 Band 4, II. Teil S. 1157.

7) A. BIEDL, Innere Sekretion III. Auflage, Seite 116, 186, 109.